Aus der chirurgischen Universitäts-Klinik der Charité
zu Berlin

Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. O. Hildebrand

Zur Behandlung der syphilitischen Mastdarmstrikturen

Auszug aus der Dissertation
zur Erlangung der
Doktorwürde
der hohen Medizinischen Fakultät
an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Von
Hans Leipziger

Tag der Promotion: 11.8.1920.

Karl Sichting Bln.-Reinickendorf Provinzstr. 129

289

Nach einer kurzen Einleitung setzt sich die Dissertation aus einem allgemeinen und einem speziellen Teil zusammen.

Im allgemeinen Teil wird besprochen:

a) Die Anatomie des Mastdarms: besonders hervorgehoben wird, daß bei fehlerhafter Anlage der Plicae transversales Stenosen des Rectums entstehen können. Weiter wird erwähnt, das die Morgagni'schen Grübchen zwischen den Colummae rectales Lieblingsstellen für die Entstehung pathologischer Prozesse sind; Chiari hat darüber eingehende Untersuchungen angestellt. — Auch die Fossa ischiorectalis stellt einen guten Boden für entzündliche Prozesse dar.

b) Die Aetiologie und Differentialdiagnose der Mastdarmstrikturen, wobei eingehend auf die Schwierigkeiten der Unterscheidung, ob Lues oder Gonorrhoe die Grundkrankheit sei, hingewiesen wird. Zur Klärung müssen oft die Ergebnisse der

c) pathologischen Anatomie des Mastdarms — herangezogen werden. Rieder hat zuerst gefunden, daß wenn es sich um Syphilis handelt, bei histologischer Untersuchung eines probeoxzidierten Schleimhautstückchens typische Endophlebitis und Periphlebitis der kleinen und kleinsten Venen vorhanden ist, die Arterien sind unbeteiligt.

Orth bestreitet, daß man aus diesem Befunde allein auf Syphilis schließen könne und nimmt Gonorrhoe als Ursache der Striktur an; Rotter wiederum steht auf Rieders Seite.

Nach einer Erklärung der Tatsache, daß fast ausschließlich die Frauen an Mastdarmstrikturen leiden, wird am Schlusse des allgemeinen Teiles mit Geh. Med.-Rat Prof. Dr. König, ehemals Leiter der chirurgischen Charité-Klinik angenommen:

1. eine gonorrhoische Infektion
2. eine Mischinfektion von Lues und Gonorrhoe
3. eine syphilitische Infektion.

Unter 48 Patienten, deren Krankengeschichten zur Dissertation benutzt werden konnten, befanden sich nur 4, bei denen sicher Gonorrhoe als Ursache der Striktur angenommen werden konnte, bei einem einzigen waren Gonokokken nachweisbar; — mit Lues und Gonorrhoe waren 11 Patienten behaftet, mit Lues allein 21, bei 9 anderen war die Ursache nicht sicher festzustellen, bei den letzten 3 handelte es sich um Tuberkulose.

Bei 18 Patienten war die Wassermann'sche Reaktion gemacht worden, die 14 Mal positiv ausfiel; 2 der Patienten, bei denen sie negativ ausfiel hatten aber antisyphilitische Kuren durchgemacht.

Verfasser schließt aus diesen Zahlen, daß doch der Syphilis bei der Entstehung der Mastdarmstrikturen eine größere Bedeutung beizumessen sei, als der Gonorrhoe.

Der spezielle Teil beginnt mit der Schilderung des Krankheitsbildes, wie es sich entwickelt, wenn keine oder unrichtige Behandlung angewandt wird; anfangs Störungen des Stuhlganges. abwechselnd Durchfall oder Verstopfung, Blut im Kot, schließlich Katarrh mit schleimigeitrigem Ausfluß aus dem After; es kann zu Ileus-Erscheinungen kommen, Periproctitis und Mastdarm-Blasen bzw. -Scheidenfisteln können das Bild komplizieren. — Schließlich kann der Patient an einer Perforationsperitonitis zugrundegehen.

Innere sowie antisyphilitische Maßnahmen versagen den Erfolg, trotzdem sollen letztere, um nichts zu unterlassen, getroffen werden.

Die Diagnosestellung der Striktur an sich ist leicht, wichtig ist die digitale Untersuchung des Rectums, die in der Praxis leider oft verabsäumt wird.

In der Therapie stehen sich die unblutige Bougiebehandlung und die mit Messer und Schere gegenüber.

Es werden zunächst 2 Krankengeschichten angeführt, aus denen die Mängel der Bougiebehandlung ersichtlich sind; im Anschluß daran wird die Dilatationsbehandlung genau geschildert

und auf die gleichzeitige Behandlung des eitrigen Ausflusses durch schwach ätzende Mittel hingewiesen.

Im gleichem Abschnitt wird die frühere Methode der oberflächlichen Skarifikationen und die „Rectotomia interna" (vertikale tiefe Spaltung) besprochen.

Es folgen 2 weitere Krankengeschichten, an die sich längere Erklärungen über die Anlegung eines Anus praeternaturalis als definitive Operation anschließen.

Thiem legte eine Kotfistel an, bis die Ulzeration im Mastdarm geheilt war, dilatierte dann die Striktur und verschloß den Kunstafter wieder. — König negiert dieses Verfahren.

Die retrograde Dilatation nach Lieblein wird kurz erwähnt. Nachdem die Sonnenburg'sche „Rectotomia externa" mit der Modifikation nach Sokoloff, bei der der durch die ganze Länge der Striktur gesetzte Längsschnitt nicht offen bleibt, sondern durch quere Naht vereinigt wird, gewürdigt wurde, werden die Methoden von Dieffenbach und Péan besprochen.

Dieffenbach schlägt für nicht hoch sitzende Strikturringe vor, den Sphinkter zu spalten, den Ring auszuschneiden und danach die obere Schleimhaut herunterzuziehen und mit der unteren zu vernähen.

Die Péan'sche Rectoplastik besteht in Spaltung der hinteren Mastdarmwand in der Mittellinie von einem Punkt 2 cm oberhalb der Striktur aus bis zum Steißbein. Vernähung des oberen Endes des Schleimhautschnittes mit dem unteren des Hautschnittes.

Bevor weiter auf die verschiedenen Arten der Amputation und Resektion des Mastdarmes bzw. der strikturierten Stelle eingegangen wird, wird die außerordentliche Wichtigkeit der Operationsvorbereitung für das Gelingen der Operation betont.

Die Amputation bzw Resektion kann bewerkstelligt werden

a) vom Perineum aus
b) vom Sacrum aus
c) von der Vagina aus.

Es folgt eine Krankengeschichte über den Fall einer perinealen Amputation des Rectums mit ergänzenden Erläuterungen über die unfreiwillige Eröffnung des Douglas bei der Operation. — Die perineale Amputation des Rectums hat den großen Vorteil,

daß sie erlaubt, dasselbe wie eine geschlossene Zyste zu exstirpieren, ohne daß die Wunde mit jauchigem Darminhalt beschmutzt wird.

Es werden dann die Verfahren zur Bekämpfung des Sphinkterverlustes besprochen, nämlich das:

Hochenegg'sche Durchziehungsverfahren,
Witzels Verfahren des Anus plutaealis,
Gersuny's Verfahren der Darmdrehung.

Die perineale Resektion hat der Amputation gegenüber den Nachteil, daß infolge der Eröffnung des Darmes schon zu Beginn der Operation eine große Infektionsmöglichkeit geschaffen wird.

Als Uebergang zur Besprechung der sakralen oder dorsalen Operationsmethoden wird wieder eine Krankengeschichte benutzt.

Nach den Franzosen Verneuil und Denonvilliers hat Kocher bahnbrechend bei der Einführung der sakralen Methoden gewirkt, nach ihm hat dann Kraske außer der Resektion des Steißbeins auch die des Sacrums oder wenigstens eines Teiles desselben zur Regel erhoben.

Hauptforderung der Kraske'schen Methode ist vollständige Erhaltung des Sphinkterenteils; die bei Resektion eines Kreuzbeinteiles infolge Nervendurchschneidung entstehenden Blasenstörungen sind vorübergehender Natur.

Es wird dann die Frage der Indikation, ob Amputation oder Resektion vorzunehmen ist, angeschnitten.

Nach einem längeren Abschnitt über die zirkuläre Darmnaht, werden Schmieden's Ansichten über Kontinenz bei Sphinkterverletzung angeführt.

Mit Bezug auf die zuletzt angeführte Krankengeschichte wird über Komplikation des Krankheitsbildes durch Mastdarmblasenfistel und deren Behandlung gesprochen; weiter über die Elephantiasis vulvae, für die Waelsch und Bandler die Syphilis als Ursache ansehen.

Im folgenden Abschnitt der Arbeit wird ein Operationsverfahren Hildebrandt's angeführt, durch das es möglich ist, ohne Eröffnung des Bauchfells die Resektion lediglich der Strikturstelle auszuführen, ohne sonst vom Darm etwas fortzunehmen.

Als letzte wird die kombinierte Methode ausführlich besprochen, bei der nach Laparatomie die Kraske'sche Operation vorgenommen wird. — Sie wurde 1877 zuerst von Volkmann vorgeschlagen, 1882 und 1883 von König und Czerny zuerst ausgeführt. Besonders haben französische und englische Chirurgen die Methode angenommen.

Kurz erwähnt werden dann noch:

1. die vaginale Operationsmethode bei der Frau,
2. die Bacon,sche Sigmoideorectostomie,
3. die Rotter'sche Rectosigmoideostomie,
4. die transanale, durch den gedehnten Sphinkter ausgeführte röhrenförmige Exzision.

Zum Schluß wird festgestellt:

Die sakralen und kombinierten Methoden werden heute am meisten geübt. Ueber die Mortalität bei den einzelnen Verfahren differieren die Statistiken; der Erfolg hängt zum Teil sicher ab von der Erfahrung und vom Glück des Operateurs. Im allgemeinen wird die Amputatio recti als günstiger hingestellt. während an der Hildebrand'schen Klinik mit gutem Erfolge die an und für sich schwierigere Resectio recti öfter ausgeführt wurde.

Nach einigen Zahlenangaben über die Erfolge der bei den 48 Patienten eingeschlagenen Verfahren, und nach kurzer Kritik der in der Literatur angeführten Dauerheilungen, schließt die Arbeit.

Lebenslauf

Am 19. August 1892 wurde ich zu Plauen im Vogtland als Sohn des Kaufmanns Karl Leipziger und seiner Gattin Anna geb. Gottschalk geboren. Als ich 4 Jahre alt war, verzogen meine Eltern nach Annaberg im Erzgebirge, wo ich von 1899 bis 1902 die höhere Bürgerschule besuchte, darnach bis 1911 das damals Königliche Realgymnasium ebendaselbst. — Nachdem ich das Abiturientenexamen bestanden hatte, ließ ich mich als Student der Medizin in Leipzig immatrikulieren für das 1. Semester. Das 2.—5. Semester studierte ich in Berlin weiter, wohin auch meine Eltern mittlerweile gezogen waren.

Nachdem ich am Schlusse des 5. Semesters das ärztliche Vorexamen bestanden hatte, setzte ich das Studium in Erlangen in Bayern fort, wo ich gleichzeitig $^1/_2$ Jahr als Einjährig-Freiwilliger beim 19. bayr. Inf.-Regt. diente, von Oktober 1913 bis April 1914. Das 7. Semester bis zum Ausbruch des Welt-Krieges studierte ich wieder in Berlin.

Im August 1914 wurde ich als Feldunterarzt zum Kriegsdienst einberufen, am 12. 12. 1916 wurde ich zum Feldhilfsarzt ernannt. Am 1. 11. 1918 wurde ich laut kriegsministerieller Verfügung zur Fortsetzung des Studiums nach Berlin beurlaubt.

Am 12. 3. 1920 beendete ich das ärztliche Staatsexamen und erhielt vom gleichen Tage an die Approbation als Arzt.